

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 47.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES OTHÉMATOMES

CHEZ LES ALIÉNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L. CARLOT

EX-INTERNE DE L'HÔPITAL DE DIJON (PRIX PICAMELOT 1910)

Né le 11 janvier 1886, à Dijon (Côte-d'Or)



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

1912

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OTHÉMATOMES CHEZ LES ALIÉNÉS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913 — N° 47.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES OTHÉMATOMES

CHEZ LES ALIÉNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L. CARLOT

EX-INTERNE DE L'HÔPITAL DE DIJON (PRIX PICAMELOT 1910)

Né le 11 janvier 1886, à Dijon (Côte-d'Or)



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		LÉPINE (Jean).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie.		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.		X...
Physiologie.		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire.		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.		LESIEUR.
Médecine légale.		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		COURMONT (P.).
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DÖYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et médecine professionnelle.	MARTIN (Et.).	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch...
PATEL.	LATARJET,	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. J. LÉPINE, Président; M. LANNOIS, Assesseur;
MM. Et. MARTIN et SAVY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

l'aible témoignage de respectueuse
affection et de profonde reconnais-
sance.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAITRES

De l'Ecole de Médecine et de l'Hôpital général de Dijon

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. LÉPINE

Professeur de clinique des maladies mentales
Médecin chef de l'Asile de Bron.

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer nos études médicales, nous nous rappelons avec plaisir les bonnes années que nous avons passées, à l'Ecole et à l'Hôpital de Dijon, en compagnie de nos maîtres, chez lesquels nous avons toujours rencontré la plus grande bienveillance.

Nos remerciements iront tout d'abord à M. le professeur Deroyé, directeur de l'Ecole de médecine de Dijon, dont nous aimions à écouter les conseils pratiques qu'il nous donnait au lit des malades et dont nous avons pu apprécier toute la bonté.

A l'Ecole, nos maîtres en anatomie furent MM. les professeurs Zipfel et Gault. Ils n'ont pas ménagé leurs efforts pour nous faire aimer cette science, ainsi que MM. les docteurs Colette et Michaud, qui nous enseignèrent, l'un l'histologie, l'autre la physiologie.

A l'Hôpital, nous avons débuté dans les services de chirurgie de M. le professeur Parizot. Nous avons eu l'honneur d'être son externe et nous avons retiré le plus grand profit de ses leçons si intéressantes, où il nous enseignait la pathologie chirurgicale. Nous ne saurions trop le remercier de l'amabilité avec laquelle il nous a toujours

reçu dans son service et de l'intérêt tout particulier qu'il a montré à notre égard.

En médecine, nous avons entendu avec plaisir M. le docteur Dubard dans ses savantes et charmantes causeries.

Nous avons été interne de M. le docteur Perrin pendant deux semestres. C'est avec lui que nous avons appris la pathologie interne et la thérapeutique. Qu'il veuille bien accepter nos sentiments de gratitude pour l'amitié qu'il nous a témoignée et dont nous avons pu apprécier tout le prix.

En chirurgie, M. le professeur Broussolle, chirurgien de l'Hôpital, dont nous avons été également l'interne, nous a donné le meilleur de son enseignement tant à l'Hôpital qu'à l'Ecole de médecine.

Nous tenons aussi à remercier tout particulièrement MM. les docteurs Leclerc, professeur suppléant de clinique chirurgicale, et Petitjean, professeur de clinique médicale, qui n'ont pas ménagé leurs peines et qui nous ont toujours donné les meilleurs conseils. Nous nous rappellerons leurs conférences d'internat si instructives et leurs visites si attrayantes à l'hôpital. Nous ne saurions trop leur être reconnaissant de tout ce qu'ils ont fait pour nous.

A la Maternité, nous avons appris l'art des accouchements avec M. le professeur Baron, dont nous avons suivi les cours pendant plusieurs années et dont nous conserverons le meilleur souvenir.

Nous n'oublierons pas non plus nos divers maîtres de l'Ecole de médecine et de l'Hôpital, MM. les docteurs Abrand, Breton, Blanc, Brenot, Ferry, Longin, Pingat, Renardet, Tassin.

Sur la fin de nos études, nous avons fait un stage d'interné à l'Asile d'aliénés de Dijon, où M. le docteur Garnier, directeur, médecin-chef, nous a dirigé dans l'étude des maladies mentales. C'est à l'Asile que nous avons préparé notre thèse, dont l'idée nous a été donnée par M. le docteur Chèze, médecin adjoint, qui nous a aidé de ses conseils. Qu'ils veuillent bien accepter nos remerciements pour leur collaboration, ainsi que M. le docteur Jourdin, qui nous a procuré divers documents.

M. le professeur J. Lépine nous fait le grand honneur de présider notre thèse. Nous lui exprimons ici notre respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Pendant notre internat à l'Asile d'aliénés de Dijon, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'othématomes et de constater des othématomes cicatriciels chez plusieurs aliénés actuellement à l'Asile. Il nous a paru intéressant, aidé, dans ce travail, par M. le docteur Chèze, médecin adjoint, de rechercher quelles étaient les données acquises sur ce sujet en y apportant, à notre tour, notre modeste contribution.

La bibliographie relative à cette question est importante, ce qui prouve l'intérêt qu'elle présente. Les auteurs ont signalé, un peu de tous les côtés, de nombreux cas d'othématomes soit chez les sujets sains, soit chez les aliénés, et plusieurs travaux concernant en particulier l'étiologie et l'anatomie pathologique ont été faits récemment.

Nous avons l'intention, ici, de donner un aperçu général touchant les différents points du sujet, en rapportant les diverses opinions émises, mais en insistant plus particulièrement sur l'othématome rencontré chez les individus atteints d'aliénation mentale.

CHAPITRE PREMIER

Historique

On connaissait déjà l'hématome auriculaire dès la plus haute antiquité. Ce qui le prouve c'est la constatation faite par l'archéologue Winkelmann, en 1781, des déformations caractéristiques du pavillon de l'oreille sur les statues antiques de Castor et Pollux, d'Hermès, ainsi que sur celles des lutteurs grecs.

Canova aurait gratifié du même stigmate sa statue du pugiliste conservée au Vatican. Enfin, le docteur Castelain cite certaines phrases d'Aristote et Platon qui font allusion à l'othématome.

Cependant, ce n'est guère que dans la première moitié du XIX^e siècle, en 1833, que l'on voit signalée et étudiée cette affection, qui fut tout d'abord observée chez les aliénés. Ce serait un Allemand, Bird, qui l'aurait décrite l'un des premiers, dans le journal de chirurgie de Graefe et Walther, à Berlin.

Puis Ferrus, en 1838, en parle également dans la *Gazette des Hôpitaux*, et dans ses leçons à l'hospice de Bicêtre.

En 1842, le docteur Cossy, dans les *Archives générales de médecine*, en cite trois cas observés chez des aliénés.

En 1849, Alt en publie plusieurs cas dans sa dissertation inaugurale « De hematomate auriculæ ».

Signalons également, en 1858, les thèses de Paris de Merland et de Bastien, et, en 1858, celle de Mallez, sur les tumeurs sanguines de l'oreille.

Entre 1845 et 1859, paraissent, dans les *Annales médico-psychologiques*, de nombreux articles sur la question. On peut citer celui de Verga, de Milan, en 1848, ceux de Thore, de Lunjér, de Renaudin, et enfin ceux de Foville, de Marcé, de Duménil, en 1859.

Depuis cette date, on signale de nombreux travaux de Gudden, de Leidesdorff, de Virchow, de Jarjavay, de Brown-Séguard, de Magnan.

En 1864, paraît la thèse de Strasbourg de Kühn, et, en 1868, il y eut une importante discussion à la Société de biologie, à laquelle prirent part MM. Belhomme, Dumontpallier, Laborde, Broca, Gubler et Magnan.

Ensuite viennent les thèses de Paris de Claverie en 1870, et celle de Nancy de Mabilie en 1878. Puis les articles parus dans l'*Encéphale* de MM. Chambard et Vallon en 1881 et de Bellangé en 1883.

Plus près de nous, les thèses de Paris de M. le docteur Tôtard en 1884, de M. Gatian de Clérambault en 1899, qui envisagent surtout l'anatomie pathologique, la pathogénie et le traitement, et celle de M. Horteloup en 1905 s'occupant plus spécialement des othématomes observés chez les lutteurs.

Depuis, de nombreux cas ont été signalés un peu partout, soit par des aliénistes, soit par des othologistes, comme Catex de Paris, Valentin de Berne, qui l'a observé chez des lutteurs suisses, Passow de Berlin.

CHAPITRE II

Étiologie. — Pathogénie

La question de l'étiologie des othématomes est importante. Les auteurs ont soutenu des opinions différentes en les appuyant sur des faits. A l'heure actuelle, elle ne semble pas être encore complètement résolue. Peut-être ne faut-il pas chercher une cause unique à la production de ces tumeurs sanguines, et plusieurs concourent-elles à leur formation ?

Récemment, on a voulu leur attribuer une origine infectieuse, mais cette thèse a été vivement combattue et paraît être abandonnée aujourd'hui.

En définitive, les diverses opinions que l'on a émises à ce sujet peuvent se grouper en trois principales :

1° Pour les uns, il serait dû à un trouble de la nutrition locale de l'oreille par action indirecte du système nerveux.

2° Pour d'autres, à des troubles généraux de la nutrition sous la dépendance directe de lésions nerveuses.

3° Pour d'autres enfin, à des violences locales répétées.

Nous allons envisager successivement ces différentes théories.

I. Pour ceux qui font intervenir une affection locale de l'oreille, on peut citer Neumann, qui y voyait une complication de l'érysipèle. Pour Wallis et Rupp, il y aurait, à l'origine, une otite externe. Pour Schmaltz, Virchow et Mayer, il y aurait au préalable une dégénérescence enchondromateuse du cartilage avec perte de l'élasticité.

Mabille invoque l'athérome des vaisseaux de la tête assez fréquent dans les cas de paralysie générale, et qui coïncide souvent avec des lésions athéromateuses de la base du cerveau.

Foville y voit une lésion due à un trouble général de la circulation céphalique, d'où résulterait un état congestif de la tête dû à une propulsion exagérée du sang dans les carotides sous l'influence d'un cœur hypertrophié. Il se produirait une stase qui s'étendrait des capillaires du cerveau à ceux de l'oreille. Cet état congestif préparerait l'apparition de l'hématome, dont le traumatisme ne serait qu'une cause occasionnelle. A l'appui de sa thèse, il signale la tendance aux congestions des paralytiques généraux, où l'on rencontre le plus souvent des othématomes coïncidant avec une hémorragie cérébrale ou méningée qu'on peut vérifier à l'autopsie.

Pour Yung et Leubuscher, il y aurait une hyperhémie passive du cerveau avec paralysie des nerfs vasculaires du cerveau et de la tête.

Cette théorie, où l'on fait dépendre l'hématome auriculaire d'un état congestif de l'encéphale, a été soutenue également par Marcé, Delasiauve, Duménil et Dumontpallier. « Il n'est pas de médecin, disait ce dernier, qui, en traversant les dortoirs ou les promenoirs des asiles d'aliénés, n'ait été frappé de la congestion fréquente des oreil-

les chez les paralytiques généraux qui, du reste, est en rapport avec la congestion des méninges cérébrales. »

II. D'autres auteurs font intervenir des lésions du système nerveux. Pour Bonnet et Poincaré, il y aurait, à l'origine, des lésions du sympathique. Ils se basent sur les célèbres expériences de Claude Bernard constatant, chez un lapin, la congestion et l'échauffement de l'oreille et de la moitié de la tête après la section du sympathique du cou.

Cependant, Weir Mitchel, qui a observé un malade dont le sympathique avait été sectionné à la suite d'un accident par arme à feu, fait remarquer que, chez lui, on constatait plutôt des troubles oculaires que des troubles du côté des oreilles.

D'autres placent l'othématome sous la dépendance d'une lésion de l'encéphale.

Mathias Duval, Laborde et Gellé avaient vu qu'à la suite de la section, chez un chien, de la partie la plus inférieure du plancher du quatrième ventricule, on avait des troubles circulatoires avec hémorragies dans le pavillon et dans la profondeur même de l'oreille.

En 1855, Schiff avait déjà remarqué le même fait après la section du bulbe.

D'autre part, Brown-Séquard signale des lésions des corps restiformes. Dans une communication faite à l'Académie de médecine, le 16 mars 1869, il dit avoir remarqué des hémorragies se produisant sous la peau du pavillon de l'oreille chez des cobayes où il avait sectionné les corps restiformes près du bec du calamus scriptorius.

III. Dans une dernière théorie, enfin, qui réunit de nombreux partisans, on incrimine seulement le trauma-

tisme. Cette théorie fut celle de Ferrus, de Gudden, de Jarjavay, qui insistèrent les premiers sur l'importance du traumatisme. C'est également l'opinion de Griesinger, de Broca, de Gubler, de Magnan.

Les aliénistes avaient été frappés de la plus grande fréquence des othématomes chez les hommes, plus difficiles à contenir que les femmes et leur prédominance à l'oreille gauche. Ils avaient constaté également leur apparition par série dans un asile et leur diminution par le renvoi des infirmiers qui avaient eu la main un peu lestée avec les malades, comme l'ont signalé Bottex à l'Antiquaille, Max Simon, Bouteille.

M. le docteur Rogues de Fursac, dans son *Manuel de Psychiatrie*, après avoir fait remarquer, lui aussi, que, dans la majorité des cas, le siège est à gauche, à l'endroit du soufflet, dit que l'on peut diminuer dans de très notables proportions le nombre des othématomes en faisant comprendre au personnel des asiles la part directe de responsabilité qui lui revient dans cette affection.

M. le docteur Magnan est d'avis également que ces tumeurs sont le plus souvent la conséquence d'un traumatisme. Il s'appuie sur ce fait que les hématomes sont devenus de plus en plus rares depuis que l'on traite les aliénés avec plus de douceur.

Dans ces derniers temps, il semble que l'origine traumatique est celle à laquelle se rangent de nombreux auteurs qui ont rapproché les cas observés chez les aliénés de ceux observés chez des lutteurs ou des boxeurs.

Dans une thèse récente de Paris, en 1905, M. le docteur Horteloup soutient que, dans la très grande majorité des cas, la véritable cause est le traumatisme sous forme de

chocs ou de froissements répétés. Il insiste sur la fréquence des othématomes chez les lutteurs japonais, surtout dans deux sortes de prises : l'une s'appelant sashite, la plus fréquente, où l'un des lutteurs appuie fortement le côté gauche de sa figure contre la poitrine de son adversaire, et l'autre, plus rare, le harite.

Durant ces dernières années, en consultant les publications des otologistes, on trouve plusieurs cas d'othématomes chez des individus non aliénés, à la suite de traumatisme.

C'est ainsi qu'en 1903, le docteur Texier présente un malade, atteint d'othématome de l'oreille gauche, à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes. C'est un homme de 41 ans, raffineur. Il porte, depuis dix ans, sur l'épaule gauche, des bassines du poids de 1 kilo environ. Le bassin s'appuie sur le côté de la tête, au niveau de l'oreille. Une tumeur est apparue, sans douleur, au niveau de la fossette scaphoïde du pavillon, de la grosseur d'un œuf de pigeon, rouge foncé, molle, fluctuante. A la ponction, liquide séreux, jaunâtre. Texier admet comme pathogénie un frottement répété du pavillon par les bassines, d'où trouble du côté du cartilage, probablement athérome des vaisseaux entravant la nutrition des tissus, ensuite formation de la bosse sanguine.

En février 1904, le docteur Molinié présente à la société « Marseille Médical » un malade atteint d'othématome des deux oreilles occasionné par un traumatisme qui s'est produit au cours d'une lutte.

En 1906, le docteur Valentin, de Berne, signale la fréquence de l'othématome de l'oreille droite chez les lutteurs suisses. La lutte, dit-il, est un jeu national des mou-

tagniards; elle consiste à étendre d'une étreinte vigoureuse l'adversaire sur le dos et sur les talons. Dans une des passes, le lutteur cherche à renverser l'adversaire d'une pression de sa propre tête contre sa poitrine et ses épaules. Les uns frappent de haut, du sommet de la tête, et échappent à l'othématome; d'autres frappent de plus bas et, chez eux, le cartilage du pavillon, soumis à des traumatismes répétés, est le siège d'hématomes dans la proportion de 5 p. 100 du nombre des sujets, et d'après la façon dont sont donnés les coups de tête, c'est toujours l'oreille droite qui est intéressée. La lésion paraît être presque toujours causée par une blessure de l'auriculaire postérieure; elle n'a d'ailleurs aucun effet fâcheux sur l'oreille moyenne, ni sur la fonction auditive.

Au Congrès des neurologistes d'août 1905, M. Darcagne, de Fougères, conclut à l'origine traumatique après examen d'un certain nombre de cas chez les aliénés.

En juillet 1907, le docteur Castex présente à la Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris un malade de 43 ans, atteint d'un othématome droit d'origine traumatique. Ce malade aurait froissé fortement son oreille en portant un bois de lit sur son épaule. Il y avait une collection sanguine de la grosseur d'une amande au niveau de la cavité de l'hélix et de la fossette de l'anthélix.

A la séance d'otologie de Berlin du 8 mai 1906, le docteur Passow signale que, depuis le traitement plus humain des aliénés, l'othématome est devenu plus rare. Selon lui, on le rencontre aujourd'hui de préférence chez les gens de sport. Son origine spontanée est douteuse. Il est presque toujours dû à un traumatisme avoué ou non.

En 1910, Kirchner soutient l'influence d'une action traumatique, même légère, s'exerçant tangentiellement à l'oreille.

Tous ces faits indiquent sans aucun doute le rôle important du traumatisme; cependant, il y a une classe d'othématomes qui ne paraissent pas en dépendre et qui surviennent pour ainsi dire spontanément. A ce propos, M. le docteur Horteloup, qui en signale deux cas dans sa thèse, dit, dans ses conclusions, après avoir indiqué la fréquence relative des othématomes chez des sujets absolument sains : « Il reste une dernière classe d'othématomes dans laquelle nous rangerons ceux dont nous n'avons pu découvrir la cause; les othématomes spontanés. Il paraît vraisemblable qu'à mesure qu'on étudiera davantage cette affection et qu'on en connaîtra mieux les causes, la longueur de ce dernier chapitre étiologique ira en diminuant pour disparaître finalement tout à fait. »

Nous avons recherché à ce sujet les observations nouvelles que l'on a rapportées ces derniers temps.

Le docteur Mignon en a signalé un cas dans la *Revue hebdomadaire de laryngologie* en juin 1904. Il s'agit d'un enfant de 9 ans qui présentait, à l'oreille gauche, à la surface de l'anthélix, un gonflement ayant la forme et le volume d'une demi-noix. Cette tumeur rénitente et indolore datait de deux mois; elle serait survenue sans traumatisme. Une ponction à l'aide d'une seringue de Pravaz amena 2 cc. d'un liquide rouge vif, un peu plus clair que le sang. La guérison survint en cinq ou six jours après un pansement compressif.

Dans la même revue, en septembre 1907, le docteur Bichelonne rend compte d'un cas d'othématome spontané

de l'oreille chez un soldat qui présentait sur l'hélix une grosseur du volume d'une grosse noix, s'étant montrée spontanément, sans traumatisme et s'étant accrue lentement. On pratiqua une ponction, puis une incision, et même quelques pointes de feu pénétrant jusqu'au cartilage. La guérison eut lieu sans récédive.

En juillet 1907, le docteur Castex montre un malade atteint d'othématome droit d'origine spontanée, qui présentait cette particularité que le frère jumeau du sujet avait vu se développer dans la même année une tuméfaction semblable sur la partie haute de son pavillon droit.

En 1907 également, Seiler, d'Interlaken, signale un cas d'othématome non traumatique.

M. de Clérambault, dans sa thèse, répartit les différents cas en quatre groupes, suivant qu'ils surviennent :

1° Soit chez des sujets non aliénés, mais présentant une cause de débilitation, à la suite d'un traumatisme isolé;

2° Soit chez des sujets sains, à la suite de chocs, de froissements répétés, comme, par exemple, chez les lutteurs, les boxeurs, les joueurs de football;

3° Soit chez des malades où, sans commémoratifs précis de traumatisme, il existe une altération évidente de l'état général (maladies générales, aliénation mentale);

4° Soit enfin chez des sujets sains sous l'influence d'une cause minime ou même sans raison apparente.

Bien que la prédisposition à l'othématome, dit-il, est, jusqu'à un certain point, indépendante de l'état général, il convient de rechercher toutefois dans les antécédents personnels :

1° En première ligne l'aliénation;

2° Les maladies du système nerveux (goitre exophtalmique, méningite, tabes, paralysie générale, etc.);

3° L'alcoolisme, l'albuminurie, le diabète, la dégénérescence athéromateuse, la tuberculose, la leucocythémie, l'anémie, la syphilis;

4° Les commémoratifs d'hémophilie, de scorbut, de fièvres éruptives à forme hémorragique;

5° Les maladies locales telles que l'érysipèle, une péri-chondrite ou tout autre lésion inflammatoire atteignant le pavillon de l'oreille.

Toutes ces causes générales ont été signalées souvent par les auteurs qui ont observé des othématomes en dehors de l'aliénation mentale.

Par exemple, Carville a vu, chez une femme hémophile, un hématome double de l'oreille qui était survenu en dehors de tout traumatisme.

M. le docteur Ball en a vu également survenir un sur l'oreille droite d'une hystérique sans cause apparente.

Yung a fait la même observation chez un homme dont l'oreille avait été gelée.

A ce propos, nous signalerons un cas personnel que nous avons eu l'occasion d'observer, il y a quelques années, chez un de nos amis, interne en pharmacie, d'une bonne santé. Il patinait, un jour d'hiver, sur la glace et, étant tombé sur le côté gauche de la tête, alors qu'il avait très froid au nez et aux oreilles, il fut très surpris de voir se développer, le lendemain, sur son oreille gauche, une collection sanguine qu'il vint se faire inciser à l'hôpital quelques jours après. Les suites opératoires furent excellentes et la déformation du pavillon se voit à peine à l'heure actuelle.

Jessed, Heyfelder ont vu également survenir des hématomes de l'oreille chez des individus présentant des épistaxis.

En somme, dans nombre de cas, on constate, en dehors de l'aliénation, une altération générale évidente, par exemple chez les débilités, chez des sujets atteints de fièvres hémorragiques, typhoïde, diabète, albuminurie, alcoolisme, etc. Le traumatisme, alors, n'a servi que de cause occasionnelle.

De nombreux aliénistes se rangent à cette manière de voir et, au lieu d'accuser uniquement le traumatisme, ils invoquent une altération de l'état général qui prédisposerait fortement l'individu.

M. le professeur Régis dit, en effet, dans son *Manuel de Psychiatrie* : « L'othématome paraît dû à un trouble primitif de circulation périphérique à la faveur duquel le moindre choc ou frottement suffirait à le provoquer », et, plus loin, « la plus grande fréquence à gauche n'implique pas qu'il résulte d'une violence telle qu'un soufflet, car nombre de symptômes par troubles circulatoires, à commencer par la sclérose otique, prédominent de ce côté.

De même, M. le professeur Dupré, dans le *Traité de Médecine mentale* de Gilbert-Ballet, a une opinion équilibrée lorsqu'il déclare « que l'othématome semble pouvoir être rapporté à l'action combinée du traumatisme et du désordre de l'innervation vaso-motrice sur la trame délicate très vasculaire et très exposée du pavillon de l'oreille ».

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le siège exact de l'épanchement sanguin. Ici encore, nous nous trouvons en présence de plusieurs théories, mais, avant de les énumérer, nous rappellerons brièvement la structure normale de l'oreille ainsi que son irrigation.

D'après Tillaux, le pavillon de l'oreille est constitué, au point de vue de la charpente, par un cartilage unique que divisent des fentes ou incisures, comblées elles-mêmes par du tissu fibreux et des muscles intrinsèques. Ce cartilage présente une forme très irrégulière, se composant de plusieurs replis. La plus périphérique de ces saillies porte le nom d'hélix; puis vient l'anthélix qui se bifurque en haut pour donner naissance à la fosse naviculaire. Après l'anthélix, existe une large excavation, la conque, sur le pourtour de laquelle on observe, en arrière, une légère saillie, l'antitragus. En face de l'antitragus, de l'autre côté du conduit, se trouve un cartilage mobile qui en recouvre en partie l'entrée, c'est le tragus. Enfin, le pavillon est terminé en bas par une partie charnue non cartilagineuse, le lobule de l'oreille.

Le cartilage appartient, par sa structure, au groupe des cartilages élastiques ou réticulés. Il est revêtu, sur ses deux faces, d'un périchondre épais et d'aspect nacré qui, lui-même, comprend deux couches : une couche superficielle formée par un feutrage conjonctif assez lâche et parcourue par un réseau vasculaire assez important; une couche profonde formée de tissu conjonctif fasciculé assez dense et par un réseau de fibres élastiques.

Le périchondre, à son tour, est enveloppé par la peau qui est assez fine pour permettre de voir par transparence à travers l'organe; cette peau adhère intimement au périchondre par l'intermédiaire d'un tissu conjonctif sous-cutané très peu abondant.

La lame cartilagineuse est traversée de dedans en dehors par les artères perforantes, branches des auriculaires postérieures qui viennent irriguer la partie de la face externe du pavillon respectée par les artères auriculaires antérieures. Ces branches perforantes sont nombreuses et très inégales en volume. Les trois principales débouchent sur la face externe du pavillon sur les points suivants :

- 1° L'inférieure entre l'antitragus et la queue de l'hélix;
- 2° La moyenne dans la partie supérieure de la conque, immédiatement au-dessus de la racine de l'hélix;
- 3° La supérieure dans la fossette naviculaire de l'anthélix (Testut).

Maintenant que nous avons ces données anatomiques, voyons comment sont formées les parois d'un othématome.

Pour les uns, le sang est épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané; pour d'autres, entre le périchondre et

le cartilage; pour d'autres enfin, dans l'épaisseur même du cartilage.

Certains même, comme Miot et Baratoux, sont éeectiques et admettent ces trois sièges comme possibles.

La première théorie a été soutenue par Lannelongue et Mabile. Pour eux, l'épanchement se ferait dans le tissu cellulaire sous-cutané, en dehors du périchondre.

« C'est la différence de provenance du sang, dit le docteur Mabile, qui distingue l'hématome ordinaire de l'ecchymose simple. Dans l'ecchymose, en effet, les vaisseaux capillaires sont rompus; de là résultent des extravasats sanguins abondants qui la caractérisent, ainsi que la coagulation rapide et spontanée du sang amené par la rupture des capillaires. »

« Dans l'hématome, au contraire, l'hémorragie se fait lentement, progressivement, et avec abondance. Le sang est liquide. Il ne se coagule que lorsque l'hémorragie s'arrête, et, comme dans l'anévrisme faux, le sang coule jusqu'à résistance des tissus.

« Il est donc à supposer que ce n'est pas dans les vaisseaux capillaires que se produit la rupture vasculaire, mais bien dans les ramifications artérielles de la temporale superficielle ou de l'auriculaire postérieure. »

Yoss ayant constaté que la partie liquide du sang ne se coagule pas, pensait également que l'épanchement était sous-cutané et serait produit par les frottements qui décolleraient la surface externe cutanée du tissu cellulaire sous-jacent.

Mais, comme le fait remarquer M. de Clérambault dans sa thèse, de cette façon le docteur Mabile ne démontre pas que l'épanchement se fait dans le tissu cellulaire sous-

cutané; l'artériole qui saignerait, en effet, dans ce tissu, devant s'oblitérer spontanément. De plus, pourquoi n'y aurait-il pas une ecchymose ? L'adhérence de la peau et du périchondre étant intime et vu la rareté du tissu cellulaire sur la face externe du pavillon, on s'expliquerait mal la formation d'une poche au sein de ce tissu. L'absence en général de la douleur serait étonnante alors que, dans d'autres parties où le tissu cellulaire est également dense et serré, comme par exemple au cuir chevelu ou à la face palmaire, elle est si forte. Enfin, on ne comprendrait pas bien non plus la formation et l'organisation rapide de la couche fibreuse qui entoure le caillot et se transformé assez vite en une véritable carapace cartilagineuse.

Pour Foville, au contraire, l'épanchement aurait lieu sous le périchondre détaché du cartilage. Il se base sur une autopsie faite par le docteur Cossy. Cette théorie explique l'absence presque constante de l'ecchymose, l'existence d'une lame cartilagineuse entre la peau et l'épanchement et la non-résorption de l'hématome.

Virchow est du même avis que Foville sur le siège de l'épanchement; mais, pour lui, il y aurait des altérations préalables du cartilage qui en diminueraient la résistance. Il y aurait un ramollissement accentué du cartilage avec dégénérescence embryonnaire des capillaires et des vaisseaux sanguins, ce qui faciliterait la rupture au niveau de l'épanchement.

Pour Hartmann, il y aurait des cavités kystiques résultant du ramollissement du cartilage et prêtes à recevoir le sang pour former l'hématome.

Pour Robertson, enfin, l'othématome serait précédé de la formation de cartilage néoformé et l'hémorragie serait

déterminée par la rupture des vaisseaux à parois embryonnaires qui traversent ce cartilage.

C'est pendant le trajet cartilagineux accompli par l'artère que les chances de rupture sont le plus fréquentes. La paroi cartilagineuse, s'il se forme une cavité au voisinage, devenant de moins en moins épaisse et pouvant même disparaître, il en résultera que l'artère pourra être ainsi suspendue dans le vide. Après la section, elle n'aura aucune tendance à se rétracter et à s'oblitérer par un caillot; aussi l'hémorragie augmentera progressivement jusqu'à ce qu'une zone de cartilage sain mette une limite à l'épanchement.

On a remarqué, en effet, que les localisations les plus fréquentes de l'othématome coïncident avec l'émergence des artères perforantes signalées plus haut.

D'après ce qui précède, il semble que, dans la grande majorité des cas, l'othématome soit constitué par la formation d'une poche produite par le décollement de la peau doublée du périchondre, ce décollement n'ayant lieu que sur la partie concave du cartilage.

Les parois postérieures et antérieures de la cavité hémorragique sont formées par un tissu membraneux qui ne présente au microscope aucune trace d'organisation et qui résulte d'une couche de sang déposée à la surface. Entre ces deux membranes se trouve un cartilage de nouvelle formation qui présente absolument les mêmes caractères que le fibro-cartilage de l'oreille. De là cet épaississement produisant les déformations remarquables que présente l'oreille des malades atteints de cette affection.

Ach. Foville explique cet épaississement de la façon suivante : On sait que lorsque le liquide se résorbe, le

gonflement diminue et la peau qui double le cartilage se rétracte et s'épaissit. Le périchondre ainsi détaché revient sur lui-même et entraîne dans son retrait les autres parties du pavillon, ce qui explique les déformations consécutives à ce genre de tumeurs, le ratatinement qui ne s'observe qu'à la partie supérieure de l'oreille, jamais au lobule. Le périchondre, périoste du cartilage, est chargé de sécréter le cartilage comme le périoste sécrète l'os. Séparé du cartilage, il devra évidemment continuer son travail de sécrétion normale et produire une couche cartilagineuse de nouvelle formation, ce qui rend parfaitement compte de l'épaississement du cartilage, lequel se produit soit sous forme d'une couche unie à toute la surface, soit sous celle d'îlots indépendants plus ou moins éloignés les uns des autres.

Le docteur Castex signale, en 1907, que, dans une intervention au sujet d'un othématome, il a rencontré une collection de sang noirâtre, mais fluide, amassée entre le cartilage qui se montrait normal, et le périchondre seul tapissé d'une mince couche de caillots et paraissant calcaire par endroits. Il n'y aurait pas de poches kystiques pouvant être désignées.

Voici, d'autre part, le compte rendu d'un examen fait par le docteur Macé de pièces prises sur le pavillon de l'oreille dans un cas d'othématome double et enlevé par M. le docteur Picqué.

Sur l'oreille droite :

1° A la face profonde d'une couche épidermique, on rencontre un feutrage formé de fibres conjonctives et élastiques sinueuses, non agglomérées et serrées de-ci de-là de cellules allongées à noyaux ovalaires.

2° Plus profondément, on trouve une couche de cartilage hyalin. Les chondroblastes sont très nets et colorés par l'éosine; les cellules cartilagineuses sont, le plus souvent, au nombre de une dans chaque chondroblaste. Quelques-uns de ceux-ci cependant contiennent deux cellules à petits noyaux irrégulièrement arrondis.

3° En dedans de cette couche cartilagineuse, on rencontre une couche assez épaisse de tissu mal coloré par l'éosine, ne présentant aucune structure fibrillaire. L'ensemble de cette portion de la coupe est coloré en jaune clair tandis que les portions nettement fibreuses et conjonctives ont une couleur rosée très nette, due à l'éosine. Au milieu de cette masse mal colorée et amorphe, on rencontre de nombreuses cellules petites et allongées, à noyaux très volumineux et sans protoplasma ou avec très peu de protoplasma.

4° Cette masse est limitée profondément par une couche de cartilage dont les caractères sont analogues à ceux que nous venons de décrire dans la couche externe.

5° Cette seconde couche cartilagineuse est doublée d'une seule couche plus conjonctive, dont les éléments sont dissociés, mais bien colorés.

6° Plus en dedans on note une couche conjonctive lâche, avec des vaisseaux épaissis et des portions mal colorées en rose clair.

7° Au milieu de cette dernière portion de la coupe, il existe des masses arrondies de cellules ressemblant à des amas de cellules pavimenteuses plus qu'à des cellules cartilagineuses; notons cependant que leurs noyaux se détachent très mal des fonds du protoplasma.

M. de Clérambault, qui cite cet examen dans sa thèse, fait remarquer que, dans l'une et l'autre des lames cartilagineuses, l'on rencontre du cartilage hyalin alors que le cartilage de l'oreille est normalement un fibro-cartilage réticulé. Or, on sait que le cartilage réticulé dérive du cartilage hyalin. Le cartilage du pavillon, en passant à la forme hyaline accomplit donc un processus régressif.

Pour l'oreille gauche, le docteur Macé conclut qu'il existe au milieu du morceau de l'os adulte, constitué avec tous ses caractères ordinaires. La coupe pratiquée sur ce morceau a été colorée à l'éosine et à l'hématéine. Cette préparation ne renferme pas de cartilage, mais, en plus, du tissu conjonctif et fibreux, des traînées osseuses qui sont facilement reconnaissables, puisqu'elles se rapprochent de l'endroit où était l'os signalé plus haut.

Ce compte rendu que nous avons tenu à reproduire en entier nous montre d'une façon très complète les différentes couches successives que l'on observera ordinairement à l'examen histologique des othématomes.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Envisageons maintenant les différents symptômes de cette affection.

La lésion, qui peut être uni ou bilatérale, occupe la face externe du pavillon. Elle peut s'étendre à toute l'oreille externe, mais son siège de prédilection est au voisinage de la fossette scaphoïde et de l'anthélix. Elle respecte presque toujours le lobule adipeux, sauf dans certains cas exceptionnels.

La tumeur apparaît le plus souvent d'une manière brusque; sa grosseur est variable, son volume évoluant entre celui d'un petit pois et celui d'un œuf de pigeon; quelquefois même davantage. Les saillies et les dépressions de l'oreille s'effacent. La poche bombe en avant et le pavillon a une tendance à se mettre presque à angle droit avec le côté latéral de la tête.

Dans d'autres cas, l'épanchement augmente d'une façon progressive, puis reste stationnaire pendant une période qui peut durer de une à deux semaines. La peau de l'oreille est amincie, rouge, luisante, quelquefois la coloration est violacée.

A la palpation, on a, tout au début, une consistance assez ferme, puis, au bout de trois ou quatre jours, on constate un peu de dureté sur les bords, avec, au centre, de la fluctuation et parfois même de la crépitation sanguine.

Si on ponctionne la tumeur ou si on l'incise, il s'écoule un liquide noirâtre, fluide d'ordinaire; mais, au bout de quelque temps, on peut avoir, au lieu de sang, une sérosité roussâtre plus ou moins jaune et claire, les globules sanguins étant emprisonnés dans un caillot qui se dépose dans la cavité et qui, tôt ou tard, se résorbe.

Il y a peu de symptômes fonctionnels. M. le docteur Lannois signale qu'il n'y a de troubles de l'ouïe que si la tumeur, par son volume, obstrue le conduit. Il y aurait, dit-il, une sensation de chaleur plus ou moins marquée, de tension désagréable. Quelquefois, existerait un prurit qui porte les malades à se gratter. Mais, en somme, la douleur serait plutôt rare et, dans ce cas, l'inflammation serait à redouter.

CHAPITRE V

L'Othématome dans les diverses formes d'aliénation mentale

Nous avons vu que ce sont des aliénistes qui, les premiers, ont signalé et décrit des othématomes. En effet, l'on a assez souvent l'occasion d'en observer dans les asiles.

Autrefois, l'hématome auriculaire était considéré comme un symptôme de fâcheux augure. Il se montre souvent, en effet, dit M. Dagonet, dans son *Traité sur les maladies mentales*, dans les cas chroniques et incurables, dans la démence paralytique, la stupeur tendant à la démence, la paralysie générale. Cependant, selon lui, on peut le voir dans quelques formes aiguës et susceptibles de guérison de la folie. Il cite le cas d'une jeune fille atteinte de manie, ayant présenté un othématome, et qui guérit.

Les statistiques publiées à ce sujet par le docteur Kühn en 1864 et le docteur Mabilie en 1878 sont intéressantes à consulter.

Statistique du Dr Kühn (1864)

	Paralysie générale	DÉMENCE						TOTAL
		EPILEPSIE	D avec réaction maniaque	D. SIMPLE	MANIE	LYPÉMANIE	IDIOTIE	
Hommes....	13	5	7	3	11	4	3	48
Femmes....	2	»	4	2	5	»	2	15
Total...	17	5	11	5	15	4	5	63

Statistique du Dr Mabilie (1878)

	PARALYSIE GÉNÉRALE	EPILEPSIE	DÉMENCE	MANIE	LYPÉMANIE	IDIOTIE	TOTAL
Hommes....	10	4	2	1	2	»	19
Femmes...	»	1	»	1	1	»	3
Total...	10	5	2	2	3	»	22

D'après ces statistiques, on voit que la paralysie générale à elle seule fournit près de la moitié des cas. Vient ensuite la mélancolie, enfin l'épilepsie et la manie.

Pourquoi donc les paralytiques généraux sont-ils plus sujets que les autres à voir survenir chez eux des othématomes ? On ne peut pas incriminer le traumatisme comme

facteur unique; il faut qu'il y ait évidemment une cause plus générale.

On a tenu à rapprocher la production des othématomes chez ces malades des troubles vaso-moteurs observés assez souvent chez eux, tels que congestion, cyanose, refroidissement, états vultueux, suffusions sanguines sous-cutanées, qui peuvent, pendant l'évolution d'une paralysie générale, se produire sur tout le corps, en particulier au cuir chevelu, aux gencives ou sous la conjonctive.

Peut-être les lésions bulbaires que l'on rencontre souvent dans la paralysie générale en coïncidence avec des othématomes auraient une répercussion sur la circulation auriculaire et seraient la cause première de cette affection.

Quoi qu'il en soit, il y a là des faits positifs que l'on est obligé de reconnaître. Voici, en effet, ce que dit, à ce sujet, M. de Clérambault : Les formes d'aliénation qui fournissent le chiffre le plus élevé d'othématomes sont précisément celles où les phénomènes trophiques sont les plus constants et les plus graves, alors que les malades qui en sont atteints ne sont nullement, de par leur allure, disposé au traumatisme.

Ce qui frappe également, c'est la rareté des othématomes chez les épileptiques, pourtant sujets aux traumatismes et aux chutes et qui auront plus volontiers des écorchures ou des ecchymoses du pavillon de l'oreille.

De même, si l'on compare entre eux les mélancoliques et les maniaques, on voit que chez les premiers, dont l'état général est souvent très mauvais à leur arrivée à l'asile et que l'on est souvent obligé d'alimenter à la

sonde, présenteront assez souvent des tumeurs sanguines de l'oreille bien que par leur état ils soient moins exposés aux traumatismes que les maniaques.

En résumé, dit encore M. de Clérambault, les diverses formes d'aliénation créent des dispositions inégales à l'othématome. La forme qui aboutit le plus facilement à la démence, la paralysie générale, y prédispose plus que toutes les autres; et ces dernières semblent leur préparer le terrain d'autant plus qu'elles sont plus proches de la cachexie ou, ce qui revient au même, de la démence.

Il nous faut signaler également la fréquence moins grande chez les femmes, ce que certains auteurs expliquent en disant que la cause occasionnelle traumatique frapperait moins fréquemment les aliénées femmes. D'ailleurs, la paralysie générale s'observe dans une proportion beaucoup plus faible chez la femme que chez l'homme.

Nous avons placé à la fin de notre thèse plusieurs observations de malades ayant eu des othématomes. Ce qui ressort principalement de la lecture de ces observations, c'est d'abord la fréquence chez les paralytiques généraux et la proportion assez forte d'othématomes doubles chez les aliénés par rapport à ceux que l'on observe chez des individus sains d'esprit.

Est-ce une simple coïncidence ? Mais nous y voyons plusieurs cas où l'apparition de l'othématome a précédé de peu la terminaison fatale. L'état de débilité très accentué dans lequel se trouvaient plusieurs de nos malades qui ont succombé, semble avoir joué un certain rôle dans la production des tumeurs auriculaires. Il est d'ailleurs regrettable que leurs autopsies n'aient pu être faites.

Cependant, à côté, nous voyons d'autres sujets qui, après avoir présenté cette affection il y a plusieurs années, sont encore à l'asile et dont l'un même se trouve actuellement très amélioré tant au point de vue physique qu'au point de vue mental.

Nous avons réuni un total de 15 aliénés hommes et femmes; les hommes comptent pour 10 cas, les femmes pour 5.

Nous n'avons pas rencontré d'othématomes siégeant uniquement à l'oreille droite. Dans 6 cas, nous avons trouvé un othématome double et dans 9 cas un othématome unique siégeant à gauche.

Chez nos paralytiques généraux, il y a eu, sur 4 malades, 2 qui ont eu un othématome double et 2 un seul, à gauche.

En résumé, nous avons constaté cette affection chez 4 paralytiques généraux, 3 mélancoliques, 5 déments dont 2 déments précoces, 1 persécutée, 1 maniaque et 1 imbécile avec épilepsie.

Nous avons fréquemment rencontré l'alcoolisme dans les antécédents des malades et nous signalerons également la plus grande fréquence en hiver, ce qui tendrait à prouver que le froid agirait dans une certaine mesure en favorisant les troubles de nutrition locale.

Il est donc actuellement difficile de tirer des conclusions fermes dans un sens ou dans l'autre. Lorsque l'on interroge les gardiens, ceux-ci avouent très rarement que le malade a été l'objet de violences de leur part; d'un autre côté, les malades ne sont, le plus souvent, pas en état de nous fournir la moindre explication. L'enquête, au point de vue étiologique, est donc difficile et, le plus souvent,

impossible ; cependant, plusieurs fois, nous avons eu l'impression que le traumatisme direct ne pouvait pas être incriminé ; tout au plus pouvait-on accuser la pression prolongée de l'oreille, les frottements répétés contre les draps des lits, ou même simplement les efforts que font les malades pour se débarrasser des liens qui les retiennent.

En définitive, si l'on peut mettre sur le compte du traumatisme bon nombre d'othématomes, nous devons reconnaître que, dans d'autres, la constitution générale de l'individu paraît jouer le plus grand rôle dans leur production.

CHAPITRE VI

Evolution

Quelle est l'évolution d'un othématome ?

D'abord, l'othématome peut se résorber. Comme on l'a vu, après être resté stationnaire pendant une période qui peut varier de deux à quatre semaines, il diminue ensuite progressivement, mais sa disparition n'est jamais complète, et presque toujours il donne lieu à des déformations qui consistent dans le ratatinement du pavillon dans le sens de la longueur et de la largeur. On a noté que, chez les sujets sains, le sang se résorberait plus facilement, tandis que, chez les aliénés, on observerait assez souvent une transformation kystique.

Le docteur Pasquier, en 1907, a présenté, à la Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris, une photographie d'othématome datant de plusieurs années. On constate une résorption imparfaite avec déformation du pavillon, qui est ridé dans sa moitié supérieure et épaissi d'environ 2 centimètres. Il a une consistance fibreuse. Aucun liquide, ni aucune poche. Le sang s'est résorbé et les parois de la poche se sont transformées en tissu fibreux.

Telle est, dans la majorité des cas, l'évolution de ces tumeurs sanguines. Quelquefois, cependant, mais assez

rarement, elles peuvent suppurer. On constate alors des douleurs d'oreille assez vives. Il peut se former une fistule qui donne issue à du pus. La cicatrisation se fait très lentement.

Enfin, l'othématome peut se rompre spontanément ou à la suite d'un choc; une partie du sang s'épanche au dehors et il y a presque toujours une suppuration consécutive.

Comme on le voit, quel que soit d'ailleurs le mode d'évolution, on aboutit alors à une déformation qui peut être plus ou moins considérable selon les cas et qui constitue alors l'othématome cicatriciel.

A propos de la forme qu'affecte alors le pavillon de l'oreille, Virchow disait : « La conque se ratatine notamment de haut en bas et de dehors en dedans, se recourbe sur certains points davantage, s'enfonce dans d'autres, et arrive ainsi à une conformation particulière comme ratatinée. »

Nous en avons observé plusieurs cas à l'asile d'aliénés de Dijon et nous avons fait, avec M. le docteur Chèze, les remarques suivantes :

1° Les déformations ont toujours leur siège maximum à la partie toute supérieure du pavillon de l'oreille.

2° Chez nos malades, nous avons constaté une intégrité presque constante du repli de l'hélix, qui n'est pas déformé, sauf dans de rares cas, à la partie toute supérieure. Par contre, l'anthélix est régulièrement déformé. Il y a alors, le plus souvent, épaissement de l'anthélix, qui forme une saillie longitudinale avec, presque toujours, déformation de la fossette naviculaire, dont l'excavation est comblée par un tissu fibreux de cicatrice.

3° La conque est, le plus souvent, respectée. Quelquefois, cependant, il y a rétrécissement de ses dimensions, par suite de l'épaississement de l'anthélix et de la fossette scaphoïde et aplatissement dans le sens de la largeur. Parfois même, elle est entièrement comblée et l'orifice d'entrée du conduit auditif externe ne présente plus qu'un petit pertuis pour l'audition, qui se trouve alors très diminuée de ce côté.

Il semble même que, chez les autres, dont les sinuosités du pavillon sont plus ou moins comblées par du tissu fibreux, l'audition se fasse moins bien que du côté où l'oreille est restée saine.

CHAPITRE VII

Diagnostic

Le diagnostic d'un othématome est, en général, assez facile. On pourrait, toutefois, le confondre avec différentes autres affections du pavillon.

Par exemple, une simple contusion de l'oreille; mais, alors, l'épanchement est sous-cutané, donnant à la peau les teintes diverses et successives de l'ecchymose. Il n'y a pas une grande augmentation de volume, comme on l'observe dans l'hématome auriculaire où, de plus, on constate que l'épanchement est profondément situé.

Avec un œdème du pavillon, que l'on a d'ailleurs vu, dans certains cas, précéder la formation de l'hématome; mais l'œdème occupe toute l'oreille et il n'y a pas de localisation à la partie supérieure.

On devra éliminer également le phlegmon du tissu cellulaire, qui peut se compliquer parfois de périchondrite inflammatoire. Mais, dans ces cas, on constate les signes de l'inflammation : rougeur, chaleur, empâtement et douleurs très vives.

De même, encore avec un érysipèle de l'oreille, qui, lui aussi, serait précédé de douleurs avec sensation de

tension pénible, et qui resterait rarement limité au pavillon.

Nous pouvons également citer le cas de brûlure ou de gelure de l'oreille que l'on reconnaîtra assez facilement.

Parmi les affections que l'on pourra confondre avec l'othématome, on peut signaler : un kyste séreux; mais les kystes ont un développement graduel, tandis que la tumeur hématique se développe en général assez rapidement. On ne le confondra pas, également, avec un angiome ou un enchondrome, pour les mêmes raisons.

Une malformation congénitale de l'oreille peut simuler l'othématome cicatriciel. Par exemple, dans le cas où l'on se trouve en présence d'un sujet chez lequel la racine de l'hélix devient saillante et se prolonge à travers la conque jusqu'au bord antérieur de l'anthélix, formant ainsi le pli transverse de la conque divisée en deux cavités secondaires, Dans le cas de malformation, on rencontre à la face crânienne du pavillon une dépression correspondant à la racine de l'hélix, tandis qu'il n'en est pas de même pour un othématome.

CHAPITRE VIII

Pronostic

Au point de vue du pronostic de la maladie, il ne faut pas voir, avec certains aliénistes, comme Foville, Dumontpallier, l'apparition de l'hématome auriculaire comme étant toujours « un signe avant-coureur de la cachexie » et « un cachet des formes graves ». Sans doute, l'othématome peut apparaître chez des déments, chez des paralytiques généraux qui meurent peu de temps après, mais il n'y a là qu'une simple coïncidence, car on peut le voir également chez d'autres aliénés, comme chez des paralytiques au début de leur maladie ou en rémission, et chez des mélancoliques susceptibles de guérison, tout au moins d'amélioration.

Dans certains cas cependant, chez les paralytiques généraux, leur apparition coïncide souvent avec une poussée congestive; ils seraient alors l'indice d'un nouveau progrès dans la marche de la maladie et le développement des lésions cérébrales.

Pour le pronostic, en ce qui concerne l'esthétique d'un pavillon atteint d'othématome, il faut être des plus réservés. On ne peut se baser sur l'abondance de l'épanchement. Un petit épanchement peut donner une cicatrisation fibreuse et pas mal de déformation, lorsque, par exemple, il y a infection et suppuration consécutive.

Peut-être, le traitement chirurgical par ponction et incision atténue-t-il dans une certaine mesure la défiguration du pavillon.

CHAPITRE IX

Traitement

Les avis sont partagés en ce qui concerne le traitement que l'on doit appliquer dans les cas d'othématomes.

Autrefois, on se contentait de faire des onctions de cérat simple, ou bien l'on appliquait des compresses imbibées d'extrait de saturne. La règle était de n'inciser la tumeur que dans des cas exceptionnels, parce qu'il se produisait, à la suite, de l'inflammation douloureuse et même de l'ulcération du cartilage.

Chez les paralytiques généraux, qui présentaient, en même temps, des phénomènes congestifs du côté de la tête, on conseillait de faire une petite saignée locale au moyen de sangsues appliquées à la mastoïde.

On a également essayé le massage. Ce procédé, signalé par Politzer, a été employé avec succès par le docteur Meyer, de Copenhague, dans un certain nombre de cas. Voilà, à ce propos, ce que dit M. le docteur Lermoyez, sur le massage : « Le massage doit être fait avec une certaine prudence et une grande légèreté de mains, sinon il risque d'être plus nuisible qu'utile; en effet, a) si l'hématome est d'origine traumatique, les tissus profonds ont été

touchés, le cartilage a pu être fracturé et un massage trop énergique peut ramener l'hémorragie.

« *b*) Si l'hématome est spontané, il faut craindre l'existence de troubles trophiques et l'abaissement de vitalité des tissus; des frictions trop vigoureuses, une compression trop forte peuvent favoriser le sphacèle des téguments ou la nécrose du cartilage. »

La compression a été également recommandée par Politzer et Webster. Mais elle suffit rarement à elle seule pour amener la guérison de l'épanchement, d'abord parce qu'il est difficile de faire une bonne compression de l'oreille, qu'elle est ensuite douloureuse, et que le tissu cellulaire serré et les lymphatiques très peu nombreux se prêtent mal à la résorption.

De même encore la ponction qui, d'après le docteur Porter, peut être suivie sans inconvénient d'aspiration, ce qui aurait l'avantage d'atténuer les phénomènes douloureux quand ils existent.

Dans certains cas, on a fait suivre la ponction d'injections médicamenteuses. L'injection d'une solution alcoolique étendue de teinture d'iode, d'après le docteur Planque et le docteur Texier, de Nantes, n'aurait pas donné de bons résultats.

A l'heure actuelle, quelques chirurgiens préfèrent à tous ces modes de traitement l'incision au bistouri avec évacuation de la poche, lavage, drainage et application d'un pansement compressif. Cette intervention est celle que conseille en particulier M. le docteur Picqué.

Nous avons recherché, à ce sujet, quelle était l'opinion des différents otologistes.

Le docteur Castex est partisan des ponctions évacua-

trices et de l'incision verticale. Pour un malade présenté par lui à la Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris, en 1907, il dit que l'opération avait été faite à la suite d'une injection sous-cutanée de cocaïne; mais, selon lui, il est préférable d'avoir recours à l'anesthésie générale, surtout si l'on doit procéder à un curettage de la poche, qui est particulièrement douloureux.

Le docteur Passow, de Berlin, en 1906, dit qu'il ne faut pas craindre les incisions quand elles sont faites aseptiquement. La narcose, selon lui, ne serait pas nécessaire. L'asepsie dans les soins consécutifs est indispensable; aussi n'y aura-t-il pas avantage à opérer chez des aliénés, de crainte qu'ils n'enlèvent le pansement. Le traitement par le massage et la teinture d'iode serait long.

M. le professeur Lannois, de Lyon, dans son livre sur les maladies de l'oreille, conseille l'application de compresses résolutives d'eau blanche. Il dit qu'il faut éviter l'écrasement, qui augmenterait la tumeur et pourrait l'enflammer. Il serait préférable de faire une ponction aseptique et de vider la poche par le petit trou de l'aiguille. L'ouverture large serait rarement pratiquée, sauf lorsque l'on aurait à craindre l'inflammation.

Le docteur Lermoyez, de Paris, préconise un traitement qui varie suivant les différentes phases de la maladie.

1° Au début, dit-il, l'expectation est de règle, car on peut en espérer la résorption spontanée. S'il y a de la douleur ou de l'inflammation, application de compresses d'eau froide ou de sachets de glace sur le pavillon pendant les premiers jours; puis, dès que les phénomènes

douloureux ont disparu, applications résolatives d'eau blanche.

2° Plus tard, si au bout de trois ou quatre semaines la tumeur n'a pas de tendance à diminuer de volume, on interviendra par l'un des moynes suivants :

a) Essayer d'abord du massage méthodique qu'on répètera deux ou trois fois par jour pendant un quart d'heure. Dans l'intervalle des séances de massage, on fera un pansement compressif en plaçant une première couche de ouate entre le pavillon et la paroi cranienne, une seconde couche à la face externe du pavillon et en fixant ces deux couches à l'aide de tours de bandes circulaires passant au-devant du front et derrière la nuque.

b) Si le massage échoue, vider la poche au moyen d'une ponction aspiratrice faite avec une antisepsie rigoureuse et appliquer un pansement compressif pour empêcher autant que possible la reproduction du liquide. Malgré le pansement compressif, le liquide se reproduit habituellement et l'on est forcé de répéter la ponction à plusieurs reprises. Lorsque, malgré des ponctions répétées, la tumeur se reforme, on est autorisé à essayer d'une injection iodée selon la méthode employée dans les hydrocèles.

c) S'il est impossible d'obtenir la guérison par ces moyens, il reste, comme dernière ressource, à inciser largement la tumeur; on vide ensuite son contenu, on curette ses parois et on suture les lèvres de la plaie de façon à obtenir une réunion par première intention; un pansement compressif recouvre le pavillon. Pour éviter plus sûrement la reproduction de l'exsudat, quelques auteurs conseillent de comprendre dans les points de suture

le périchondre et le cartilage sous-jacent, en ayant soin de ne pas traverser les téguments de la face opposée du pavillon.

3°. Lorsque l'hématome suppure, il faut, sans essayer d'autres traitements, l'inciser, curetter ses parois et tamponner la cavité à la gaze iodoformée sans faire de suture. Si l'on trouve au fond de la plaie des points de cartilage nécrosés, on doit attendre leur élimination spontanée ou réséquer la portion de cartilage malade avant de laisser la plaie se refermer, sinon on s'expose à l'établissement d'une fistule permanente.

Politzer conseille l'intervention si, dans l'espace de trois ou quatre semaines, la tumeur ne diminue pas ou ne devient pas indolore.

Pour Valentin, de Berne, l'incision, si elle calme la douleur, ne donne que des résultats esthétiques peu satisfaisants. Il vaut mieux, selon lui, si on peut traiter l'affection à son début, se contenter d'une ponction et conseiller le massage qui pourra amener la résorption de l'épanchement.

Comme on le voit, la plupart des otologistes semblent plutôt partisans de l'abstention, surtout dans la période de début. Certains auteurs, Grave en particulier, affirment avoir vu nombre d'othématomes guérir spontanément, mais ils déclarent que, dans ces cas, le résultat esthétique, au point de vue de la cicatrisation, n'était pas très brillant.

D'autres, au contraire, et parmi eux Campbell, Dench, Webster Passow, soutiennent que la tumeur incisée et soignée d'une manière aseptique, disparaîtrait plus vite que si on l'abandonne à elle-même, et laisse surtout moins de rétraction.

Et, en somme, il semble bien que la déformation soit beaucoup diminuée par l'intervention qui, faite aseptiquement, ne semble pas présenter les inconvénients que l'on pouvait redouter autrefois.

La défiguration de l'oreille est toujours gênante au point de vue esthétique et, de plus, elle expose les individus à des soupçons d'aliénation mentale. Il y a donc intérêt à s'efforcer de la diminuer dans la mesure du possible, bien que certaines personnes, comme les lutteurs suisses cités par M. Valentin, de Berne, ne tiennent pas à être soignés et se montrent même fiers de leur déformation.

Pour les aliénés, le traitement, évidemment, pourra être différent selon la catégorie de malades. Chez un maniaque ou un mélancolique, susceptibles de reprendre la vie commune au bout de leur accès, on peut essayer une intervention sur l'oreille, en ayant soin de mettre la camisole aux malades trop agités et de les tenir au lit en leur donnant des calmants. En effet, la grande difficulté est de faire tenir un pansement sur l'oreille. Si les malades enlèvent leur pansement, la plaie s'infecte facilement et la cicatrice se forme lentement avec des bords boursofflés. Il aurait alors mieux valu ne pas intervenir.

Mais, dans d'autres cas, lorsque les individus sont presque fatalement condamnés à passer leur vie dans les asiles, chez les déments, les idiots, ou dans les cas de marasme et de cachexie paralytique, il nous semble préférable de s'abstenir, à moins d'indications spéciales, par exemple lorsqu'on peut craindre une rupture spontanée par excès de tension de la poche sanguine et une infection consécutive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Paralysie générale. — Othématome double. — Mort de marasme paralytique.

M. S..., 39 ans, entré le 29 décembre 1909. Mort le 6 avril 1910.

Le malade présentait depuis quelque temps de la perte de la mémoire. Il négligeait ses affaires, était très susceptible dans la discussion. Il a du délire à la suite d'excès de boisson. Il croit avoir à servir des repas monstres où doivent venir des centaines de personnes. Il attend le président de la République, court à chaque instant à la porte croyant entendre des automobiles qu'il attend. A la moindre contradiction il se fâche et menace d'aller se jeter sous un train.

A l'examen à son entrée, il dit avoir eu la syphilis pendant son service au régiment, il aurait été soigné à Ricord. Il distribue des poignées de main et se frotte les mains avec un air satisfait.

Facies de paralytique. Pupilles déformées. La gauche est plus dilatée. Ne paraissent pas réagir à la lumière.

Il dit qu'il va laisser son commerce pour être pape. Il est empereur et président de la République, général et amiral de toutes les armes.

Quelques accroc's dans la lecture avec mots passés ; dans la conversation pas d'accroc's très sensibles, mais semble parler du bout des lèvres et avoir la langue légèrement embarrassée.

Un peu désorienté. Ne sait pas quel jour nous sommes. Sait l'année. Dit qu'il est à Paris dans tous les établissements à la fois. Il est assez calme. Il ne s'est agité qu'à un moment où il voulait à toute force téléphoner pour réclamer son alliance qu'on lui avait enlevée à son entrée.

Le malade est atteint de paralysie générale à forme expansive.

Pendant les mois suivants, il continue à se montrer désordonné avec des idées de grandeur absurdes, mobiles, incohérentes. Se dit pape et roi d'Italie et en même temps demande à retourner dans son pays où il tient un café. Il ne peut dire ni depuis combien de temps il est ici, ni le jour de la semaine, ni le quantième du mois.

L'état de démence s'aggrave. Il se cachectise progressivement et entre à l'infirmerie en mars 1910. Il y était depuis quelques jours, lorsqu'un matin à la visite on constate l'apparition d'un double othématome.

Les oreilles sont très augmentées de volume, violacées. Elles augmentèrent encore les jours suivants, puis commencèrent à décroître au bout d'une quinzaine.

Le malade meurt le 6 avril 1910 à la suite de marasme paralytique.

L'autopsie ne put être faite.

OBSERVATION II

Confusion mélancolique aiguë. — Othématome double.

Mort par marasme nerveux.

M. M..., 39 ans, entré le 13 janvier 1910, mort le 29 novembre 1910.

Le malade dit son nom avec difficulté. Il ne peut dire son prénom, ni où il habite, ni aucune date. Il s'écrie qu'il a la poitrine rentrée et qu'il n'a plus de respiration.

Il a l'air inquiet. Il est resté depuis son entrée silencieux et immobile, le regard fixé à terre. De temps en temps il regarde avec inquiétude autour de lui. Il a du tremblement des lèvres et des muscles de la face. Les pupilles dilatées, égales, réagissent à la lumière. Il a refusé à peu près tout aliment depuis son entrée. Il ne répond avec précision à aucune question.

On fait le diagnostic de confusion mentale à forme mélancolique.

On est obligé de l'aliter en raison d'ulcères aux membres inférieurs.

Il ignore où il est et ne se rend aucun compte de sa situation. Il déclare parfois qu'il ne sait pas quel est son nom. Idées de négation. Il mange difficilement et se plaint de l'estomac.

Les mois suivants il a de l'angoisse par intervalle. Refus partiel d'aliments. Il se met à genoux pour demander pardon à voix basse, s'accuse de faits imaginaires. Très égaré et très troublé, il invoque Dieu et les saints.

Au mois d'octobre 1910, son état physique devient précaire.

Il se montre déprimé, triste, peu communicatif, gémit parfois légèrement. Demeure continuellement couché. Il est malpropre.

Vers la fin du mois d'octobre, sans que le traumatisme paraisse être incriminé, on remarque un double hématome. L'oreille gauche est plus enflée que la droite. au bout de quelques jours elle atteint le volume d'une noix. Elle a débuté par la fossette scaphoïde du pavillon et s'est étendue progressivement à toute l'oreille qui est rouge, chaude au toucher et un peu fluctuante.

Le 29 novembre le malade meurt à la suite de marasme nerveux.

OBSERVATION III

Paralysie générale. — Othématome gauche. — Mort par marasme paralytique.

M. D..., 45 ans, entré le 23 juillet 1908, mort le 6 novembre 1910.

Le malade à l'entrée paraît atteint de folie de persécution développée sur un fond de débilité mentale. Il présente du tremblement de la langue très net, peu apparent aux extrémités. Pas d'inégalité pupillaire. Il raconte confusément que depuis juin 1907, il est victime d'une dame qui lui dérobe tout ce qu'il a et s'est emparée des clefs de son logement.

Affaiblissement intellectuel. Un peu désorienté. Se figure qu'il est là depuis 8 jours. Croit être au mois d'août. Il ignore où il est ; étant venu pour toucher de l'argent, il proteste contre son arrestation.

Plus tard le diagnostic de paralysie générale s'impose. Le malade a toujours des idées absurdes de persécution, mais il présente du tremblement de la langue très net, de la perte de la mémoire et un peu d'embarras de la parole. Les idées de persécution semblent lui avoir été suggérées par sa femme qui est malade depuis longtemps.

En novembre 1909 il a une fracture du radius droit.

Les mois suivants il devient de plus en plus égaré et agité. Il passe la nuit à crier, il se cachectise. Il ne peut parler tellement il est énervé. Il crie tout le temps : « taille à gauche, taille à gauche ». De plus il gâte.

En février 1910 on constate un othématome de l'oreille gauche de la grosseur d'une mandarine. La peau était tendue comme si elle allait craquer. Le malade ne paraît pas en souffrir. Le conduit auditif est oblitéré.

Puis la tumeur diminue de volume en laissant une assez grosse déformation.

Le malade meurt le 6 novembre 1910 de marasme paralytique. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION IV

Imbécillité et épilepsie. — Othématome double. — Mort de tuberculose pulmonaire.

M. G..., 8 ans, entré le 3 avril 1901, mort le 2 février 1909.

Cet enfant est atteint d'imbécillité avec épilepsie. Il ne sait pas écrire son nom, ignore dans quelle saison nous sommes. Ne proteste pas quand on lui dit qu'il a 12 doigts dans la main. Épilepsie depuis l'âge de 6 ans à la suite d'une maladie d'un mois dans laquelle il a poussé des cris aigus. C'est l'avant-dernier né de 11 enfants dont 7 vivants. La mère avait été abandonnée par son mari pendant sa grossesse, ce qui lui avait été pénible. Son mari s'adonnait à la boisson.

Au début il n'avait que quelques crises peu espacées. Dans les années suivantes, les crises augmentent. Il arrive à en avoir plusieurs par mois. Il présente de temps en temps des vomissements.

Un matin on constate chez lui un othématome double qui est apparu subitement. On apprend que c'est un malade J..., épileptique également, qui s'est amusé à lui frotter vigoureusement les deux oreilles avec ses mains pendant la nuit. Les deux tumeurs augmentent encore de volume le lendemain et deviennent grosses comme la moitié d'un œuf de poule. Après être restées stationnaires un certain temps, elles diminuent ensuite assez rapidement.

Le 2 février 1909 le malade qui devenait de plus en plus insupportable meurt de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION V

Paralysie générale. — Othématome double.

M. P..., 36 ans, entre le 11 mai 1911.

A son entrée le malade se montre très excité, très désordonné et très loquace avec idées de grandeur mobiles, absurdes et

incohérentes. Il a de l'excitation génésique. Demande des femmes parce qu'il ne peut se servir de la sienne. Il veut monter une grande maison de confection. Optimisme et inconscience absolue. Il aurait eu la syphilis il y a 44 ans.

Diagnostic : Paralyse générale à forme expansive.

L'état physique est assez satisfaisant. Les jours suivants, il continue à être tout à fait désordonné. Il se couche par terre et se roule sur les cailloux. Il prétend que ce sont des pierres précieuses et les ramasse à pleines mains.

Il chante ou parle constamment, dit qu'il est directeur de la maison. Il continue à se déchirer. Ne se rend pas compte de son état et croit être à la caserne.

L'excitation s'accroît. Il déchire ses effets, bouleverse sa literie, met en pièces ses couvertures, tient des propos grossiers et mêmes cyniques. Facilement agressif, il doit être souvent camisolé.

Au début de 1912, le malade présente un othématome double avec prédominance à l'oreille gauche qui est plus tuméfiée et violacée.

Le 9 février 1912 l'état mental s'étant suffisamment amélioré, le malade est rendu à sa famille.

OBSERVATION VI

Manie. — Othématome double.

M. R..., 37 ans, entré le 30 avril 1912.

Le malade à son entrée présente de l'excitation intellectuelle avec un désordre extrême des idées et des actes. Il court, saute, danse à travers la cour en prononçant des paroles incohérentes. On ne peut reconnaître dans ses propos aucune idée délirante, mais avant son entrée il se croyait au paradis, voyait ses frères morts, fuyait des assassins. Son état physique est précaire.

Le malade est encore actuellement atteint d'agitation maniaque. Loquacité excessive avec désordre des actes et incohérence des idées. Refus partiel d'aliments.

Au mois de mai 1912 on voit apparaître chez lui un double othématome. La tumeur sanguine est apparue d'une façon brusque, plus développée à gauche qu'à droite. Puis au bout de quelque temps s'est produit une régression assez rapide.

La déformation est un peu plus grande à gauche où l'on constate un épaississement du niveau de la fossette scaphoïde. Les sillons normaux sont comblés par du tissu de cicatrice, mais il n'y a pas de parties surélevées. La conque également est déformée.

Du côté droit peu de chose, sauf un épaississement assez marqué du niveau de la racine de l'anthélix sans déformation de la conque.

OBSERVATION VII

Paralysie générale. — Othématome gauche.

M. P..., 46 ans, entré le 14 novembre 1901.

A son entrée le malade a présenté une période de surexcitation. Il présentait une loquacité intarissable avec incohérence absolue des idées. Il se dit inspiré du St-Esprit et veut le bonheur de la France. Il passe sans transition d'un sujet à un autre, présente du tremblement de la langue, de l'hésitation de la parole avec achoppement à certains mots. Il saute des mots à la lecture.

Le diagnostic de paralysie générale progressive est fait.

Le malade pleure et rit successivement sans cause appréciable. Désordre des actes. Parfois agressif et bruyant. Il n'a aucune conscience de sa situation. Il résiste à l'embarras plus marqué de la parole.

Cet état d'agitation persiste pendant l'année 1901.

En février 1902, le malade présente un othématome de l'oreille gauche qui arrive d'une façon subite sans cause appréciable. A la suite d'un choc la tumeur sanguine se rompt. Elle présente une déchirure irrégulière sur une longueur d'un centimètre. Hémorragie diffuse en nappe, peu abondante, derrière la déchirure toute superficielle il n'y avait pas une cavité, mais des cavités

alvéolaires ressemblant à celles du tissu cellulaire œdématisé et laissant suinter du sang. Le malade est dans l'inconscience la plus absolue.

Dans les mois suivants se produit un calme qui s'accroît de plus en plus. L'état physique devient satisfaisant. Il y a du mieux également au point de vue mental mais il y a beaucoup de lacunes de mémoire.

Il ne sait pas positivement où il est et croit être ici depuis 3 mois. Il devient facilement incohérent. Il ramasse différents objets dont il fait collection.

Il a de l'inégalité pupillaire. Calme et facile à diriger.

Depuis cette date, le malade s'est montré calme et raisonnable dans ses actes, bien qu'un peu affaibli intellectuellement.

Son othématome de l'oreille gauche qui s'est guéri spontanément lui a laissé cependant une assez notable déformation qui s'explique peut-être par la rupture spontanée. L'oreille est aplatie suivant le sens de la largeur. Le bord antérieur et le bord postérieur de l'hélix sont rapprochés l'un de l'autre à la partie supérieure et entre les deux se montre un bourrelet saillant formé par l'anthélix séparé de l'hélix par un sillon longitudinal assez profond. Ce bourrelet se prolonge jusqu'à la partie supérieure de la conque qui est diminuée dans son ensemble.

OBSERVATION VIII

Mélancolie ancienne. — Démence. — Othématome gauche.

M. R..., 41 ans, entré le 2 février 1891.

A son entrée R... présente les symptômes de la lypémanie avec affaiblissement intellectuel. Il se plaint qu'il n'a pas de force pour travailler ; ne peut dire son âge exact. Il a brisé des vitres chez lui, parce qu'on lui refusait un verre de vin. Ses parents le tracasseraient. Il se montre apathique, indifférent. Les réponses difficiles à obtenir sont faites sur un ton ennuyé. L'effort qu'il fait pour répondre paraît considérable..

Le malade faisait des excès alcooliques. Il se plaint de faiblesse qui l'empêche de s'occuper.

En août 1891, il a une période de dépression mélancolique pendant laquelle on est obligé de l'alimenter à la sonde.

Plus tard, le malade qui était assez calme devient agressif. Il présente des hallucinations de l'ouïe avec impulsions consécutives.

L'affaiblissement intellectuel s'accroît, il ne peut dire ni le mois, ni l'année. Il rit sans motifs. La nuit il voit des fusées qui sortent d'un mur et qui « filent ou font explosion comme du gaz qui se sauve ». Il ne présente plus d'hallucinations de l'ouïe. Il s'agite par intervalle, très malpropre mais non gâteux. Il ramasse des saletés. Il a quelques idées vagues de persécutions. Il nie avoir commis des excès alcooliques, mais avoue avoir eu des cauchemars (vipères) et des pituités matinales.

Il est actuellement alité pour un abcès du pied.

Il présente à l'oreille gauche des traces d'un othématome. Il raconte qu'il a percé son oreille qui était enflée avec une épingle.

Le pavillon est d'ailleurs peu déformé. A la partie supérieure épaississement de deux centimètres, de consistance ferme, qui se prolonge à la partie qui rattache en haut le pavillon à la tête. La conque est respectée.

OBSERVATION IX

Démence précoce. — Othématome gauche.

M. E..., 40 ans, entré le 22 mars 1889.

Le malade est entré à l'Asile à l'âge de 17 ans. Il présentait alors des symptômes de lypémanie avec stupeur. Il nourrit des craintes chimériques, croyait qu'on allait le faire mourir. Il était triste, recherchait l'isolement, ne parlait jamais. Aucune spontanéité. Vers cette date on note une évolution marquée vers la démence.

Au point de vue intellectuel il a l'état mental d'un imbécile

avec des accès d'agitation maniaque, pendant lesquels il frappe et entre en fureur sans motifs apparents.

De novembre 1890 au mois d'août 1895 il est hors de l'Asile.

A son retour on fait le diagnostic de mélancolie délirante. Le malade pleure, se met à genoux, croit qu'on veut le faire mourir d'inanition. Il présente à nouveau des accès d'agitation maniaque.

Après une période d'amélioration relative il retombe dans le gâtisme et devient agressif. Il est inconscient de sa situation. Actuellement on est obligé de le maintenir camisolé. Il s'amuse à couper avec ses dents les oreilles et le nez de ses compagnons. Il avalait tout ce qui lui tombait sous la main, les sous, les cailloux, les crachats, etc. Toujours gâteux. Il croit avoir vingt ans. Il présente un aspect féroce, ne parle pas spontanément, mais grimace.

Il a de nombreux stigmates de dégénérescence et du pseudo-œdème des membres inférieurs avec troubles trophiques considérables des orteils.

Il conserve les traces d'un ancien othématome qu'il a eu à l'oreille gauche. L'oreille est peu déformée dans son ensemble, il y a simplement un peu d'épaississement au niveau de la fossette naviculaire laissant intacts la conque et le rebord de l'hélix.

OBSERVATION X

Démence précoce. — Othématome gauche.

M. J..., 62 ans, entré le 2 avril 1880.

Entré à l'asile à l'âge de 29 ans. Au début il présente les signes de délire, de persécution consécutifs à des excès alcooliques. Il a des troubles de la sensibilité générale. On l'électrise, on le magnétise. D'une impressionnabilité nerveuse excessive, il vibre sous la main comme sous l'influence d'un choc électrique. Il a dû présenter du délire aigu dont il n'a aucun souvenir. Il

faisait des excès d'absinthe ayant amené des vertiges ou des attaques épileptiformes.

Hérédité chargée. Suicide de son père et de sa mère. Il est halluciné avec des idées de persécution. Il gâte, mange des ordures. Affaiblissement de l'intelligence et paroxysme d'agitation. Le pronostic au point de vue de la guérison était défavorable dès le début.

Actuellement c'est un dément très affaibli et confus. Désorienté dans le temps. Ne sait pas son âge. Croit être ici depuis quelques mois. Grimaces, rires non motivés, gâtisme. Il a présenté des périodes de mutisme, de refus d'aliments et différents autres éléments de négativisme. Il casse ce qui lui tombe sous la main, se déchire.

Il présente à l'oreille gauche les traces d'un othématome qui a laissé de grosses déformations. L'oreille est ratatinée et aplatie suivant le sens de la largeur. Le pourtour au lieu de décrire une courbe est composé d'une ligne brisée avec deux angles aigus, un supérieur et un latéral. Il y a un épaississement très appréciable de l'anthélix séparé de l'hélix par un sillon assez profond. L'hélix est un peu aplati. La conque est rétrécie et comblée à sa partie supérieure par les déformations cicatricielles. Le méat auditif est atrésié.

OBSERVATION XI

*Mélancolie. — Othématome double. — Mort par
bronchite grippale.*

M^{me} G..., 45 ans, morte le 15 janvier 1911.

La malade est atteinte de mélancolie avec crises panophobiques. Assez calme à son entrée, elle s'est roulée à terre et a crié une partie de la nuit. Elle est anxieuse, gémit, ne peut tenir en place.

Hérédité collatérale : une cousine aliénée, internée à l'Asile.

Au bout de quelque temps, elle devient moins anxieuse, mais elle gémit toujours. Désorientée dans le temps. Présente des idées de suicide.

En juillet 1910, son état physique est médiocre. On a dû la nourrir à la sonde pendant cinq mois. Mentalement elle se montre très anxieuse, gémit, se désole pour des chimères que sa maladie engendre. Idées de ruine et d'indignité.

Au mois d'août, elle présente un othématome double. Les oreilles sont très enflées, presque convexes. Elles se guérissent sans aucun traitement, laissant toutefois une déformation très sensible.

Le 15 janvier 1911, la malade meurt à la suite de bronchite grippale.

OBSERVATION XII

Délire de persécution. — Othématome gauche.

M^{lle} L..., 35 ans, entrée le 22 août 1910.

Cette malade est atteinte de délire de persécution avec hallucinations multiples et interprétations délirantes. Ce sont les journalistes, les francs-maçons, le D^r Doyen qui lui causent et la menacent. Elle a porté plainte à la gendarmerie. Elle a fui devant ses persécuteurs et a habité successivement différentes villes. On a encore voulu la chloroformer pour abuser d'elle. Pendant son examen, elle entend dire ce n'est pas de la comédie, c'est du drame. Elle a des signes physiques de dégénérescence.

Elle a également des préoccupations génitales. Demande qu'on mette des verrous à l'intérieur de la cellule pour empêcher d'entrer des individus qui veulent abuser d'elle.

Il y a quelque temps, elle a présenté du refus d'aliments avec idées de suicide pour échapper à ses persécuteurs.

Actuellement, elle a toujours des hallucinations de l'ouïe. Se dit être toujours persécutée par les journalistes et les francs-maçons et nous accuse d'être leur complice.

Elle présente les traces d'un othématome de l'oreille gauche dont les contours sont peu déformés. L'oreille gauche est plus petite que la droite. Il y a disparition des saillies et des sillons normaux à la partie supérieure qui est aplatie et parsemée de-ci de-là de petites élévations. Peu d'épaississement. La conque est normale.

OBSERVATION XIII

Démence. — Othématome gauche.

M^{me} A..., 34 ans, entrée le 17 mai 1912.

Était au début atteinte d'agitation maniaque aiguë. Chante, danse, loquace avec incohérence absolue dans les idées. Elle présente du désordre des actes. Elle a une attention impossible à fixer et ne répond aux questions que par des mots grossiers.

Actuellement elle est toujours troublée, indifférente, inerte. Elle ne parle pas spontanément, ne s'occupe de rien, ne répond pas quand on l'interroge. Elle s'alimente bien et reste tranquille, mais présente du gâtisme.

L'oreille gauche de la malade est déformée à la partie supérieure. Il y a un aplatissement général. La racine de l'hélix forme un bourrelet arrondi, un autre bourrelet empiète sur la surface de la conque qui se trouve presque comblée. Le contour de l'hélix est resté normal sauf en un point où il est un peu aplati.

OBSERVATION XIV

Mélancolie. — Othématome gauche.

M^{me} M..., 50 ans, entrée le 25 février 1904.

La malade qui est abandonnée par son mari présente des troubles mentaux depuis déjà deux ans. Par moment, elle s'échappe dans la campagne en proie à un besoin de locomotion sans motif. Elle a également des périodes de mutisme absolu. Elle n'a aucune initiative et répond avec difficulté aux questions posées.

Elle présente l'aspect, la démarche, l'intonation et le larmoiement de la mélancolie. Lenteur des conceptions avec idées de

culpabilité. Pour obéir aux voix qu'elle entend, elle se cachait dans les cours, dans les buffets.

Elle a des stigmates de dégénérescence, entre autres une moustache assez fournie.

Actuellement, la malade qui a de l'affaiblissement intellectuel, présente des hallucinations multiples particulièrement de l'ouïe qui lui reprochent d'empoisonner les gens. Elle explique cela avec tristesse et a l'aspect d'une débile mélancolique.

L'othématome ancien qu'elle a eu à l'oreille gauche lui a passablement déformé l'oreille. Il y a un épaissement considérable de toute la moitié supérieure avec deux noyaux principaux de forme arrondie occupant la fossette scaphoïde. Les noyaux de la grosseur d'une noisette bombent à la face crânienne du pavillon et sont de consistance cartilagineuse, les formations cicatricielles envahissent également la conque qui se trouve en partie comblée.

OBSERVATION XV

Démence. — Othématome gauche.

M^{me} B..., 58 ans, entrée le 13 septembre 1898.

A son entrée à l'Asile, la malade présentait de l'excitation maniaque avec un langage incohérent et une loquacité excessive.

On est obligé de l'alimenter à la sonde à la suite de refus d'aliments.

Dans les années suivantes elle est agitée, désordonnée, gémit, crie toute la journée, cherche à frapper et à déchirer, crache et bave sur elle, se montre parfois agressive.

Elle fait un abcès à la région parotidienne et l'on est obligé de l'aliter à la suite de fièvre continue.

Depuis elle est tombée dans la démence avec quelques idées de grandeur. Elle est M^{me} de B... Elle a des initiales brodées. On lui a cassé la jambe pour la mettre dans l'eau. Elle gémit lamentablement quand on l'oblige à quitter sa chemise sale. Elle a de

l'inégalité pupillaire. Présente de la cyanose et de l'œdème des membres inférieurs. Les mains sont également froides et cyanosées.

Traces d'un ancien othématome gauche ayant laissé une déformation caractéristique de l'oreille. Au niveau de la fossette triangulaire se trouve une formation cartilagineuse arrondie et aplatie du diamètre de 1 centimètre environ, nettement délimitée par un sillon circulaire. La conque n'est pas déformée.

CONCLUSIONS

I. — L'othématome peut se rencontrer chez des individus sans tares cérébrales, mais sa fréquence est beaucoup plus grande chez les aliénés.

II. — Chez les individus sains au point de vue mental, il s'observera plus volontiers chez ceux qui présentent des affections diathésiques influant sur leur état général ou chez des personnes qui, comme les lutteurs, ont facilement des troubles circulatoires dus aux efforts violents et répétés nécessités par leur profession.

III. — Le traumatisme joue un rôle certain dans la majorité des cas ; cependant l'on doit admettre une classe d'othématomes spontanés où il n'entrerait pas en ligne de compte.

IV. — Chez les aliénés, l'on rencontre assez souvent l'othématome bilatéral. Lorsqu'il est unique, il siège presque toujours à gauche. Les paralytiques généraux au premier rang, les mélancoliques, les déments et, en définitive, les malades dont l'état général est plutôt mauvais, sont prédisposés à cette affection.

V. — Bien que, chez eux également, on reconnaisse le rôle joué par le traumatisme, il paraît évident que, dans

certains cas, il n'a pu être qu'une cause occasionnelle minime, et que la plus grande part revient à des causes qui semblent résider dans des troubles de nutrition atteignant la circulation auriculaire.

VI. — L'anatomic pathologique montre qu'il y a très souvent une dégénérescence athéromateuse des artères auriculaires qui augmenterait leur friabilité et faciliterait leur rupture.

VII. — L'othématome, si l'on n'intervient pas, guérit ordinairement d'une façon spontanée, mais laisse des déformations cicatricielles persistantes, qui sembleraient être moindres à la suite d'une incision de la poche sanguine.

VIII. — Ces déformations cicatricielles siègent presque toujours à la partie supérieure de l'oreille, intéressant surtout l'anthélix et quelquefois la conque, avec rétrécissement du conduit auditif externe.

IX. — Le traitement doit varier suivant les phases de l'affection et aussi selon les différentes catégories de malades auxquels il s'adresse.

VU :

Le Président de la Thèse,

J. LÉPINE.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 20 novembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALT. — De hematoma auriculæ Dissertat. inaugurale, Halle, 1849.
- AUDOIN. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 3 juin 1896.
- BALLET (Gilbert). — *Traité de pathologie mentale*, page 941.
- BROWN-SÉQUARD. — *Comptes rendus et mémoires de la Société de Biologie*, 7 octobre 1871.
- *Journal de physiologie*, 1874.
- BOUCHARD. — Thèse d'agrégation.
- BROCKAERT. — *Revue oto-rhino-laryngologique belge*, août 1902.
- BICHELONNE. — *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 21 septembre 1907.
- BASTIEN. — Othématome. Thèse de Paris, 1855.
- BIRD. — *Archives générales de médecine*, 1834, 2^e série, t. IV.
- BONNET et POINCARRÉ. — Recherches sur la paralysie générale, Paris, 1876.
- BELHOMME. — *Gazette des Hôpitaux*, août 1842.
- BIEHL. — *Archiv für Ohrenheilkunde*, Leipzig, 1897.
- CLERAMBAULT (Gaston de). — Contribution à l'étude de l'othématome, Paris, 1899.
- CASTEX. — Maladies du nez, de la gorge et des oreilles, 1907.
- Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris, juillet 1907.
- CASTELAIN. — *Bull. méd. du Nord de la France*, 1870, janv. et fév.
- CLAVERIE. — De l'hématome du pavillon de l'oreille. Thèse de Paris, 1870.
- COMPAIRED. — *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 28 février 1903.
- COURTADE. — De l'othématome, *Journal des praticiens*, Paris, 1900.
- COSSY. — *Arch. gén. de méd.*, novembre 1842.
- CHAUVEAU. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, Paris, 1901.
- CAMPBELL. — *British med. Journ.*, January 5, 1889.
- DAGONET. — *Traité des maladies mentales*, 1876.

- DOLBEAU. — Société de chirurgie, 6 janvier et 24 février 1869.
- DARCANNE (de Fougères). — Congrès des neurologistes, août 1905.
- DELAISIAUVE. — *Gazette hebdomadaire*, 1856.
- DUMESNIL. — *Ann. méd. psych.*, 1830 et 1869.
- DENCH. — *Diseases of the ear*, 1894.
- FERRUS. — *Gazette des Hôpitaux*, 1838.
- FOVILLE. — *Ann. méd. psych.*, juillet 1859.
- Union médicale de la Seine-Inférieure, 1877.
- GUDDEN. — *Allg. Zeitsch. für Psych.*, XVII^e, Bd II^e. H.
- GELLÉ. — Précis des maladies de l'oreille, 1885.
- GROUE. — *Buffalo medical and surgical Journal*, novembre 1890.
- GUDDEN et WILL. — *Ueber Othemathome Schmidts Jahrbücher*, 1866.
- HERISSEY (Paul). — Étude sur les troubles trophiques de la P. G.
Thèse de Paris, 1903.
- HEYFELDER. — Une observation d'othématome, 1849.
- HORTELOUP. — Contribution à l'étude étiologique des othématomes.
Thèse de Paris, 1905.
- HAMON DU JOUGERAY. — *Annales des maladies du larynx et de l'oreille*, 1890.
- JARJAVAY. — *Anat. chirurgicale*, 1852, t. I.
- JONCHERAY. — De l'othématome. XIII^e Congrès international de médecine, Paris, 1901.
- KERAVAL. — *Pratique de la médecine mentale*, page 321. Paris, 1901.
- KIRCHNER. — *Monats für Orenh.*, XLIV, 1910.
- KÜHN. — Hématocèle du pavillon de l'oreille. Thèse de Strasbourg, 1864.
- LEUBUSCHER ET FISCHER. — *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1848.
- LEIDESDORFF. — *Path. et thérapeut. des maladies psychiatriques*.
- LANNOIS. — *Maladies de l'oreille*. (Collection Testut.)
- LERMOYEZ ET BOULAY. — *Thérapeutique des maladies de l'oreille*.
- LANTIÈRE. — *Ann. médico-psych.*, 1845.
- LABORDE ET GELLÉ. — Société de Biologie, 1877-1878.
- MERLAND. — Des tumeurs du pavillon de l'oreille chez les aliénés.
Thèse de Paris, 1853.
- MALLEZ. — Tumeurs sanguines de l'oreille. Thèse de Paris, 1855.
- MARCÉ. — *Ann. méd. psych.*, 1858.
- MECKEL. — *Mémoire*, 1846.
- MEYER (de Copenhague). — *Arch. für Ohrenheilkunde*, 1880, t. XVI.
- MESNARD. — Hématome du pavillon. *Bull. de laryngol.*, 1900.
- MOLINIÉ. — *Marseille médical*, 1^{er} février 1904.

- MIGNON. — *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 11 juin 1904.
- MABILLE. — Thèse de Nancy, 1870.
- PASSOW. — Société d'otologie de Berlin, 8 mai 1906.
- PETREQUIN. — Anat. médico-chirurgicale.
- PICQUÉ. — Rapport à la Société de chirurgie sur des cas de fibromes récidivants d'origine traumatique. Société de chirurgie, 3 juin 1896.
- POLITZER. — Diseases of the ears, 1894.
- ROBERTSON. — *Edinburg hospital reports*, 1896.
- ROQUES DE FURSAC. — Manuel de psychiatrie, 1903.
- ROHRER-HAUPMANN. — Sur l'hématome. IV^e mémoire des auristes allemands, Cologne, 1899.
- REGIS. — Traité de psychiatrie, 1909.
- RENAUDIN. — Réflexion sur l'hématome. *Ann. méd. psych.*, 1852.
- SEILER (d'Interlaken). — *Correspondenz. Blatt. f. Schmeitzer vertze*, n^o 9, 1907.
- SCHMULTZ. — De l'hématome. Leipsig, 1846.
- STERLING. — *Brit. med. Journal*, 1876.
- TÊTARD. — Hématome du pavillon de l'oreille. Thèse de Paris, 1884.
- TEXIER. — Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes, 26 mars 1903.
- THORE. — *Ann. médico-psych.*, 1845-1852.
- TOYNBEE. — Diseases of the ear, 1894.
- TESTUT. — Anatomie, 5^e édition.
- TILLAUX. — Anatomie topographique, 11^e édition.
- VALLON. — Note sur l'étiologie et le siège de l'othématome, L'Encéphale, 1881.
- VIRCHOW. — Pathologie des hémorragies.
- VALENTIN (de Berne). — Sur l'othématome de l'oreille droite chez les lutteurs de Suisse. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, LI vol. t. II, janv. 1906.
- WILDE. — *Medical Times*, 1842.
- WEBSTER. — *Edinburg hospital reports*, 1896.
-

22376 — IMPRIMERIES RÉUNIES, 8, RUE RACHAIS — LYON
